



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Título

***“Programas de Psicoeducación en Recursos Asistenciales de
Salud Mental”***

Estudiante: Alba Marcos Pérez

Tutor: Francisco Javier Sánchez Calvo

Salamanca, 9 de Junio de 2014

AGRADECIMIENTOS

A Javier Sánchez Calvo, por vivir y defender de esta manera la Enfermería.

*A la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Salamanca, por todo lo
que me ha concedido para aprender y formarme.*

*A todos los profesionales que comparten sus conocimientos, para seguir
manteniendo viva la Profesión.*

*A mis padres y hermano, por el apoyo incondicional y confianza que han depositado
en mí. Espero que estéis orgullosos de mí como yo lo estoy de vosotros.*

A Sergio.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Resumen | página 3 |
| 2. Introducción | página 4 |
| 3. Objetivos | página 9 |
| 4. Desarrollo | página 9 |
| 4.1. Concepto y objetivos de la Psicoeducación. | página 11 |
| 4.2 Tipos de Psicoeducación | página 15 |
| 4.3 Metodología de las sesiones | página 16 |
| 4.4 La Familia en los programas de Psicoeducación | página 18 |
| 4.5 Adherencia al tratamiento | página 19 |
| 5. Conclusión | página 22 |
| 6. Bibliografía | página 24 |
| 7. Tablas | página 27 |

1. RESUMEN

La Educación para la Salud, es una apuesta fundamental en el tratamiento de las enfermedades, y en la prevención y promoción de la Salud. En concreto, la dedicada a Enfermos Mentales Crónicos, recibe el nombre de Psicoeducación.

La Educación Sanitaria es una materia reciente en nuestro Sistema Sanitario, incorporada en la promulgación de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la Alma-Ata el 12 de Septiembre de 1978. La Psicoeducación se ha incorporado mucho después, por lo que el camino está por andar.

Siendo la Psicoeducación un programa tan reciente y vanguardista, ya son demostrados los beneficios que existen en los pacientes que lo reciben. La disminución de recaídas, el aumento de la calidad de vida de los pacientes, familiares y principales cuidadores y la disminución del gasto económico sanitario dirigido a este sector se consigue gracias a la Psicoeducación.

Mediante este programa se pretende alcanzar objetivos tales como conseguir que los pacientes sean autónomos y autosuficientes en sus cuidados, principalmente desde el entendimiento de su enfermedad, y el apego terapéutico.

2. INTRODUCCIÓN

El campo de la sanidad, está preparado para la curación, para la utilización de todos los métodos y pruebas que estén a nuestro alcance, para conseguir que la enfermedad sea pasajera y se cure. La enfermedad crónica es una situación de las que muchos huyen.

Los Cuidados del Enfermo por parte de la madre, la mujer, la hija, cuerpo religioso como antesala a la profesión de Enfermería se ha caracterizado sin embargo por el acompañamiento del enfermo, por modificar los cuidados en función a las necesidades del día y del momento, por la adaptación a cada situación. Es por ello que la enfermedad crónica a nosotros no nos frustra, y sabemos entender igual de bien una mejoría o una recaída como parte del proceso de la propia enfermedad.

Cada vez tenemos más enfermedades y más enfermos crónicos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo. Según datos del 2013, 36 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades crónicas, de esta cifra, el 80% pertenecen a países de ingresos bajos y medios, y más de 9 millones de muertes pertenecen a personas menores de 60 años. Los cuatro principales factores de riesgo con los que se relacionan estas enfermedades son: el consumo de tabaco, sedentarismo e inactividad física, el consumo nocivo del alcohol y las dietas desequilibradas y malos hábitos alimenticios. ⁽¹⁾

Sabemos que la mejor actuación que se puede hacer ante estas enfermedades es previo a las mismas, mediante la educación de prevención, desde la infancia, niñez, y adolescencia se deben adquirir hábitos saludables, tener conciencia de lo sano y de lo perjudicial. Igualmente en la vida adulta se deben seguir, retomar o empezar a cumplir estos hábitos saludables. Esto no es ninguna novedad, ni un descubrimiento puntero, ya en 1859 en *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es (Notes on nursing: What it is, and what it is not)* el libro de Florence Nightingale una de las pioneras de la Enfermería moderna, y un icono de la Profesión a nivel mundial escribió: “Cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, el conocimiento de la enfermería, en otras palabras, el arte de mantenerse en estado de

salud, previniendo la enfermedad, o recuperándose de ella. Se le reconoce como el conocimiento que todo el mundo debe tener –distinto del conocimiento médico-, propio solamente de una profesión”. ⁽²⁾

Cuando la enfermedad ya está instaurada, el trabajo que se realizará con los pacientes será también de educación. Tendremos que enseñar a aceptar que es una enfermedad que nos acompañará toda la vida, aprender a vivir con la enfermedad, adaptarse a ella, entenderla, cuidarse para prevenir empeoramientos, conocer diferentes signos y síntomas de peligro, adquirir una buena adherencia al tratamiento, tener una buena calidad de vida, etc. En definitiva, alcanzar el estado de bienestar.

En este trabajo hablaremos de un campo importante de las enfermedades crónicas no transmisibles, como son las Enfermedades Mentales. Y al igual que somos conscientes del buen método que es la educación en pacientes diabéticos por ejemplo, y los beneficios comprobados que se obtienen con el uso de programas educativos para mejorar los cuidados y autocuidados de las personas con enfermedades crónicas, y a la gran divulgación que se hace sobre los programas educativos si entendemos al Enfermo Mental Crónico como un enfermo más, se puede entender la necesidad de realizar una educación sanitaria eficaz para mejorar su calidad de vida. A esto se le conoce como Psicoeducación.

Cada vez tenemos más evidencia de que los pacientes con enfermedades crónicas mejor informados son capaces de mantener mayor adherencia a los tratamientos y están más implicados para llevar a cabo un estilo de vida saludable para disminuir los factores de riesgo de su enfermedad.

El porqué del empleo de este método en el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia, trastornos alimentarios, psicosis, depresión, trastornos de personalidad, etc, es el pensamiento de que cuanto mejor conozcan su enfermedad, mejor podrán adaptarse a las situaciones que le acontezcan en su día a día.

En este tipo de tratamientos es realmente importante el trabajo multidisciplinar, que todo el equipo de profesionales luchen por un mismo objetivo, para que los resultados obtenidos y el apoyo que percibe el paciente sean los mejores. Por ello es

importante el acuerdo de un mismo plan o proyecto, todo en búsqueda de la máxima calidad y bienestar para el paciente.

La Educación para la Salud en nuestro país está contemplada en varias leyes; en la Constitución en el artículo 43 punto 3 dice *“los poderes públicos fomentarán la Educación para la Salud junto a la Educación Física y el Deporte”*. En la Ley General de Sanidad en su artículo 6 punto 2 y 18 también aborda la Educación Sanitaria, como un derecho inherente al ciudadano. Y a nivel comunitario en la Ley 8/2010 de 30 de Agosto de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León remarca la misma idea.^{(3) (4) (5)}

Los cuidados especializados que deberá prestar la Enfermera de Salud Mental se llevarán a cabo en los diferentes niveles de atención:

- Promoción
- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación de la salud mental

Enfermería tiene la obligación de realizar un plan de cuidados especializado e individualizado para cada paciente y los plasmará en el Proceso de Atención Enfermero. Esto nos permitirá atender las necesidades y los patrones funcionales y disfuncionales de cada persona.

El papel que representa la Enfermera en Programas Psicoeducativos se puede enfocar desde los cuatro campos de actuación que tiene. Estos son: Asistencial, Docente, Administrativa-Gestora, Investigación.

FUNCIÓN ASISTENCIAL

La función asistencial consiste en la prestación de cuidados integrales y especializados de forma directa al paciente, familia, grupo y comunidad para lo promoción y prevención de la enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud. Para ello se trabajará de manera individual en cada persona en las tres esferas responsables de la salud bio-psico-social. Todo ello empleando el método científico a

través del Proceso de Enfermería: Valoración, Diagnóstico Enfermero, Planificación, Ejecución y Evaluación de los Cuidados.

Algunas de las tareas que puede desarrollar Enfermería en Salud Mental dentro de la función asistencial y enfocándolo a la Psicoeducación son:

- Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud mental del paciente.
- Diseñar programas y protocolos orientados a la rehabilitación psiquiátrica, empleando métodos psicoeducativos.
- Educar y ayudar al paciente, familia, grupo y comunidad para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en sus autocuidados.

FUNCIÓN DOCENTE

Consiste en la realización de actividades de formación y educación. Esta puede ir dirigida a futuros profesionales de la salud o a pacientes, familias, grupos y comunidades. Para ello nos adaptaremos al nivel cultural, para hacer más efectiva la promoción de estilos de vida y autocuidados. El saber, los conocimientos y habilidades han de ser pasados a los futuros profesionales para seguir manteniendo viva la Profesión.

Tareas relacionadas con la función docente:

- Aconsejar y/o instruir al paciente, familia, grupo o comunidad sobre la toma de decisiones que afectan a la salud, a su enfermedad y en relación a la búsqueda y uso de recursos adecuados para proveerse del autocuidado necesario.
- Ejercer educación sanitaria a nivel individual, familiar, grupal y comunitario diseñando, planificando, ejecutando y evaluando programas.
- Asesorar y apoyar a otros profesionales de la Enfermería en aspectos de salud mental para la prestación integral de los cuidados.

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTORA

La actuación de la Enfermera debe ser racional y ordenada respondiendo a las necesidades que tenga el individuo, familia, grupo o comunidad y asegurando el uso

debido de los recursos. Tanto los recursos humanos como físicos son limitados, por lo que habrá que hacer un uso racional de los mismos para aprovecharlos y sacar el mayor rendimiento posible.

En representación a algunas de las tareas desarrolladas en el ámbito gestor-administrativo podemos destacar:

- Colaborar y asesorar en el estudio, selección y utilización de los recursos humanos y materiales necesarios para el servicio enfermero
- Elaborar estudios encaminados a la creación de nuevos métodos de trabajo o a la mejora de los existentes con el fin de proporcionar la adecuada organización del servicio enfermero.
- Planificar, elaborar y poner en marcha programas de Salud Mental.

FUNCIÓN INVESTIGADORA

Consiste en la realización de actividades encaminadas al desarrollo de los conocimientos teóricos de la disciplina, con el fin de ampliar y profundizar el conocimiento enfermero y evaluar la práctica de los mismos y sus efectos.

Hay que ser reflexivo y estar abierto al descubrimiento, ya que podríamos aportar nuevas ideas y facilitar cambios profesionales que mejoren los Cuidados de Enfermería. El cuerpo de Enfermería no puede dejar nunca de formarse e investigar, campo más olvidado dentro de la profesión para que el cuerpo científico de la profesión pueda crecer y mejorar la calidad asistencial. Algunas tareas que se pueden realizar son:

- Realizar proyectos y trabajos de investigación en el campo de la Enfermería que contribuyan a optimizar la calidad de los Cuidados y al desarrollo profesional
- Desarrollar actividades de investigación en colaboración con otros profesionales del equipo multidisciplinar y de otros dispositivos asistenciales e Instituciones dedicadas a la Salud Mental. ^{(6) (7)}

Debido a todo lo descrito anteriormente, este trabajo pretende exponer como la Enfermería tiene un papel muy importante en la realización de programas de Psicoeducación, en los diferentes Dispositivos o Recursos Asistenciales de Salud Mental.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la efectividad del papel de la Enfermería en Programas de Psicoeducación para mejorar la adhesión al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave en los diferentes recursos asistenciales de Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Valorar el papel de la Enfermería en programas Psicoeducativos
2. Describir los tipos de Psicoeducación.
3. Exponer la metodología de la Psicoeducación.
4. Resaltar la importancia de la participación de los familiares.
5. Destacar la importancia de la adherencia al tratamiento.

4. DESARROLLO

La Salud Mental ha sido durante muchos años la parte más olvidada e incluso esquivada por la salud y por los propios profesionales. Los recursos que se empleaban era ocultarlos y aislarlos en instituciones alejados de todos los demás, queriéndolos apartar de la vista, para fingir que no existiera ningún problema. Ha sido tema de inspiración para muchas películas de terror. Aún en nuestra época, en el siglo XXI, tenemos a muchos pacientes que han estado reclusos en manicomios buena parte de su vida, privados de derechos como pacientes y ciudadanos, y sin realizar tareas encaminadas a su rehabilitación y a su inclusión en la sociedad. Estos hoy son víctimas a los cuales es realmente complicado adaptarse a la “normalidad” que conocemos.

Esto ha sido así hasta la redacción del Informe de la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica, en el año 1985, en la que un grupo de profesionales de la psiquiatría comenzaron a incluir ideas de otros países en la que el principal objetivo era terminar con la idea relacionada que se tenía de enfermo mental/marginado, para integrarlo en la salud y tratarlo en los mismos centros que el resto de pacientes. ⁽⁷⁾

La posterior aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986 fue la que allanó el terreno legislativo para el abandono de la exclusión de los enfermos mentales del Sistema General de Sanidad. A partir de aquí la atención sanitaria al enfermo mental empezó a despegar, no sin muchas dificultades. ⁽⁴⁾

Uno de los puntos de este informe era la formación de profesionales de Salud Mental para el tratamiento de estos pacientes, y la especialidad de Enfermería en Salud Mental se reguló en el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio.

El 11 de Octubre de 1989 se celebró en Barcelona el 2º Congreso Mundial de la *Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial* en la que se aprobó de manera unánime la Declaración de Barcelona sobre Los Derechos Humanos del Enfermo Mental. Con esta declaración pretenden que 50 millones de seres humanos en todo el mundo que sufren alguna forma de trastorno o incapacidad mental reciban los mismos derechos y trato que el resto de los enfermos. Se quiere que estas personas reciban los recursos suficientes para asegurarles una vida feliz y productiva para ellos mismos, su familia, la comunidad y la nación. Piden a los Gobiernos que se hagan responsables de esta situación y que para ello modifiquen sus planes de desarrollo, legislativos y financieros para asegurar los Derechos y Principios que exigen instituciones como: Naciones Unidas, su Asamblea General, Agencias Especializadas, Organizaciones No Gubernamentales Internacionales como la Organización Mundial para la Salud, la Federación Mundial para la Salud Mental, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial , para asegurar un nivel adecuado de los servicios de rehabilitación ofrecidos a sus residentes enfermos mentales. ^{(9) (10) (11) (12)}

4.1. CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA PSICOEDUCACIÓN.

La Rehabilitación Psicosocial del enfermo mental es una gran responsabilidad que debemos asumir para obtener la mejora en la Calidad de Vida de nuestros pacientes, para ello, nos ayudamos de una Cartera de Servicios (Programas Terapéuticos) y dentro de éstos, la Psicoeducación capacitando a los usuarios para que aumenten el control sobre su propia salud-enfermedad y la mejoren.

Dos puntos importantes para mejorar la calidad de vida son: prevenir las recaídas y mejorar el apego terapéutico (alianza terapéutica)

La primera vez que se escuchó hablar de Psicoeducación fue en 1911, en el artículo “Psychotherapy and reeducation” en Journal of Abnormal Psychology, una revista académica publicada por la Asociación Americana de Psicología, que se publica de manera trimestral desde abril de 1906. Hasta 1941 no se volvió a hablar de Psicoeducación en el libro “the psychoeducational clinic” escrito por Brian E. Tomlinson. New York. Sin embargo la divulgación y desarrollo del término actual se le atribuye a la investigadora americana Carol M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. ⁽⁸⁾

Alberto Bertoldi define la Psicoeducación de este modo: “ *Se conoce con el nombre de Psicoeducación al proceso de adquisición de habilidades, destrezas, técnicas y conductas que permitan al paciente, su familia y todos los que interactúan con él, enfrentar las múltiples vicisitudes, avatares y conflictos que la enfermedad genera y produce*”

La Psicoeducación consiste en una serie de normas o recursos que se le aportan al enfermo, a la familia del mismo o a ambos para adaptarse a la situación que tienen. Se pretende que el enfermo pueda llevar una vida normal y autónoma. Para ello se tratan en diferentes sesiones todos los ámbitos posibles. Conocimiento de su propia enfermedad, higiene, alimentación equilibrada, afrontamiento y resolución de problemas, adherencia al tratamiento, etc.

Todos estos ámbitos los tratará la Enfermera con el paciente de forma individual o en grupos de pacientes, para poder compartir diferentes experiencias y opiniones.

La Psicoeducación hace referencia a la educación e información que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental. Mediante técnicas pedagógicas principalmente experienciales se llega a un mejor conocimiento de la propia persona, del proceso o enfermedad que sufre, y de la mejor manera de poder afrontar esta situación. Se pretende que los conocimientos científicos que se tienen sobre la enfermedad los adaptemos al nivel cultural del paciente y familia, para que puedan aplicar estos conocimientos a la mejora de su vida y de su desarrollo personal. ^{(9) (13)}
(14) (15)

Las metas que se pretenden conseguir son aportar información acerca de su enfermedad mental, de los recursos y servicios que tiene a su alcance y de aumentar las habilidades de autocuidado en el paciente con enfermedad mental y de mejorar la convivencia en su núcleo familiar.

De forma particular la Psicoeducación es:

1. Elaboración y transmisión de información por parte de la Enfermera de manera que el paciente sea capaz de asumir y comprender, superando sus déficits cognitivos las indicaciones que se le ofrecen. Esta información puede ser referente tanto a factores físicos, mentales o emocionales, relacionadas con diferentes etapas del desarrollo personal y de las relaciones con el entorno, estresores individuales, ambientales, y habilidades para afrontarlos.

2. Todas las personas afectadas con alguna enfermedad mental grave están capacitadas para el uso de recursos que podrán aplicar inteligentemente en su propio autocuidado y que este mejorará cuanto mayor sea el conocimiento acerca de su enfermedad, y los factores que afectan al curso de su trastorno.

3. Este aprendizaje mejorará el autoconcepto y autopercepción y aclarará las dificultades que encuentren en su vida diaria relacionadas con su enfermedad. Todo esto repercutirá en la mejora de las relaciones familiares e interpersonales.

4. Se pretende modificar la relación profesional-enfermo a educador-estudiante, y que esta nueva redefinición sea participativa para conseguir aprender a solucionar sus problemas.

5. Es preferible el uso de grupos para desarrollar las actividades psicoeducativas, ya que entre todos los pacientes se ayudan y apoyan mutuamente. El hombre es un animal que vive en grupo; según el grupo crece, se relaciona, aprende, enferma... y se cura por lo que se apuesta por el tratamiento en grupos para adquirir estas nuevas conductas y hábitos. Mediante la psicoeducación podremos reducir el sentimiento de culpa de los pacientes, al poderles permitir que compartan experiencias y sentimientos con otros pacientes con problemas similares. De esta manera aprenderán juntos maneras de enfrentarse, controlar y comprender su enfermedad. Se trabajarán áreas cognitivas, psicosociales, laborales, de la autoestima, tratamiento del estrés y habilidades para conseguir reducirlo. Se trabajará desde todos los puntos para el acceso de manera integral. ^{(13) (14)}

Hay que aclarar que la Psicoeducación no solo es educación, sino que también es apoyo. Habitualmente las actividades psicoeducativas se realizan en grupo en el cuál se aporta información y apoyo psicológico y social. Se pretende reducir el nivel de ansiedad y aumentar el sentimiento de apoyo y confianza, al mismo tiempo que se proporciona información sobre:

- Cuál es el problema
- Por qué ocurren los síntomas
- Qué tenemos que esperar
- Qué estrategias y recursos podemos aplicar para poder vivir con el problema ⁽¹⁵⁾

Las Unidades Asistenciales en las que se desarrollan Actividades Psicoeducativas (Tabla 1) ⁽¹⁶⁾ pretenden ser la unión entre la planta hospitalaria de agudos (Unidad de Hospitalización Breve), donde existe una situación de urgencia que ha de ser tratada con ingreso, y la reinserción en la sociedad. Se pretende que el enfermo adquiera hábitos y técnicas saludables y beneficiosas para poder disfrutar de una vida plena y feliz. Mediante la Educación para la Salud Mental y más específicamente la Psicoeducación, podremos conseguir que el enfermo sea responsable y protagonista de su cambio, para obtener diferentes objetivos.

1. Facilitar información actualizada que sea asequible y comprensible teniendo en cuenta las características particulares e individuales de cada persona. Destacar la relación entre la vulnerabilidad biológica y psicológica y de la susceptibilidad del paciente a agentes estresores y sobreestimulación.

2. Aprender a responsabilizarse cada uno de sus autocuidados.

3. Conseguir cambios de comportamiento para lograr conductas más saludables, eliminando factores de riesgo.

4. Incrementar el conocimiento de los factores de riesgo de recidivas: consumo de drogas como alcohol, cannabis u otros alucinógenos, cambios drásticos en los hábitos de la vida diaria y estrés ambiental aumentando los recursos de afrontación y solución de problemas.

5. Enseñar a diferenciar síntomas de pródromos y a valorar su medicación como el factor principal de protección, favoreciendo la adherencia al tratamiento. También se les debe educar en los efectos secundarios de la medicación y a saber informar de ellos.

6. Alcanzar la rehabilitación del paciente en la sociedad y vuelta a su comunidad.

7. Prevenir la institucionalización, reduciendo el riesgo de recaídas.

8. Eliminar prejuicios. Promover en las familias la superación de su aislamiento y estigma ante los problemas de su familiar con enfermedad mental grave.

9. Aliviar la carga emocional y asistencial sobre sí mismo, la sociedad y familia. Elaborar una unión entre pacientes, familiares y profesionales dirigida a disminuir sentimientos de culpa, a proponerse y alcanzar metas a corto plazo y establecer y enseñar recursos de afrontamiento de recidivas del paciente dado el propio carácter de la enfermedad.

10. Ofrecer a los pacientes y familiares esperanzas realistas basadas en la evidencia científica.

11. Reconocer y potenciar recursos de los pacientes y sus familias para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana y actividades básicas de la vida diaria. Fomentar la conciencia y control de síntomas y otros patrones disfuncionales.

12. Aportar a los participantes de un ambiente de enseñanza y apoyo socioafectivo de manera continua y prolongada a lo largo del tiempo, de modo que se favorezca los logros en un ámbito de cotidianidad del paciente y su familia. ⁽¹⁰⁾
(11) (12) (15) (9)

4.2 TIPOS DE PSICOEDUCACIÓN

La Psicoeducación se puede realizar de manera individual, grupal o familiar. Se puede realizar en un ambiente hospitalario o en el hogar, y en cuanto a la duración puede ser de días hasta años. Lo cual nos indica que se le puede dar una gran variedad de enfoques. Los dos modelos básicos son los siguientes:

- Modelos de Psicoeducación centrada en la información.
- Modelos de Psicoeducación centrado en la conducta.

PSICOEDUCACIÓN INFORMATIVA

Lo más característico de este programa es el tiempo que se dedica. Debe ser corto, se recomiendan cinco o seis sesiones. La principal prioridad es la transmisión de información real acerca de la enfermedad. La eficacia de estos programas es limitada, pues no es posible evaluar la repercusión clínica en el paciente que recibe este programa y de si con esta información será capaz de cambiar conductas o actitudes que reduzcan el número de episodios de recaída, detección precoz de síntomas y control y conocimiento sobre su medicación.

PSICOEDUCACIÓN CONDUCTUAL

Estos programas en contrapartida requieren de un tiempo de dedicación más largo. Se requieren más sesiones, en las que se aportará al paciente, grupo o familia información sobre su enfermedad también, aunque estos programas están indicados

en cambiar hábitos y conductas del paciente para que el paciente sea capaz de comprender mejor su proceso y manejar mejor su situación, además de conseguir los demás objetivos señalados en el punto 4.1. Este programa da prioridad al apoyo y a aprender a resolver problemas. Desde esta perspectiva se pretende aplicar un modelo claramente orientado a dotar al paciente y familiares de recursos con los que combatir y contrarrestar los efectos de la enfermedad, y de manera más concreta la adherencia al tratamiento como uno de los principales recursos del autocuidado. ⁽⁹⁾
(10) (11) (12) (15)

Algunos de los aspectos que se tratan son:

- Trabajo práctico en la detección e intervención precoz ante un nuevo episodio
- Manejo de síntomas
- Regularidad de hábitos
- Reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad
- Identificación de desencadenantes
- Adherencia al tratamiento

Hay una serie de dificultades que deben tenerse en cuenta al planificar la Psicoeducación (Tabla 2). ⁽¹⁷⁾

4.3 METODOLOGÍA DE LAS SESIONES

Las sesiones se deben realizar en un aula, con material didáctico. Se podrán utilizar diferentes materiales audiovisuales como vídeos, películas, posters, libros, folletos, además de rotuladores, folios, pizarra, pinturas, cuaderno individual, etc. Todo lo que se use debe ser accesible para los pacientes, para que no dependan del profesional para poder usarlos. Serán atractivos y fáciles de usar, que le produzcan estímulos adecuados y apropiados a su momento.

Es preferible que las sesiones se desarrollen en grupos para que desde aquí mismo impulsemos a la sociabilización de los pacientes. Basaremos la metodología

en la dinámica del grupo y en la psicología del aprendizaje, por ello se requiere que la Enfermera coordinadora de estas actividades cuide de:

- Crear un ambiente de grupo gratificante. Usando el buen humor y el refuerzo social.
- Fomentar la participación de todos los miembros del grupo, para ello usar los nombres propios de los pacientes y crear un ambiente seguro, usando el refuerzo positivo.
- Emplear un diálogo con los participantes, es preferible que para la transmisión de la información se empleen preguntas y respuestas, para conseguir una mayor dinámica y participación del grupo, en vez de que la exposición sea una clase magistral
- El nivel de exigencia será progresivo.
- Se usarán recursos y materiales para mantener la concentración sobre la actividad. Intentar que las distracciones con otros temas sean lo menos posibles e indicarle dónde sería conveniente que planteara esa duda.
- Iniciar todas las sesiones recordando los objetivos que se pretenden conseguir en cada sesión. Utilizar rutinas y normas claras que permitan identificar la actividad.

Se orientará en tiempo y espacio anotando la fecha y el título del tema que se esté trabajando. Tomarán notas de los temas que se traten, ya que esto les mantendrá más activos y participativos. El cuaderno donde anoten se lo podrán llevar a su casa para poderlo usar como guía de consulta.

Es preferible que las clases se den todos los días a las mismas horas, puesto que este hábito en sí mismo es un aprendizaje de tener una rutina y los pacientes asumen mejor la labor de asistir a las sesiones. ^{(9) (10) (11) (12) (13) (14)}

Se establecerán una serie de normas que los pacientes han de cumplir para que el grupo pueda funcionar:

- Puntualidad y asistencia a todas las actividades del programa.
- Los pacientes deben estar motivados y dispuestos a participar en el programa, si no, no se obtendrán los beneficios esperados.

- Todas las experiencias y vivencias que compartan los pacientes con el resto del grupo no se podrá comentarlo fuera de él. Es de carácter confidencial.
- El paciente si presenta un estado de ansiedad podrá abandonar la sesión comunicándolo en privado a uno de los profesionales que dirija la actividad.
- Las sesiones serán participativas.
- Está prohibido el consumo de alcohol u otras drogas, quedando el paciente excluido del programa de psicoeducación.

4.4 LA FAMILIA EN LOS PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN

En la mayoría de los casos de los enfermos mentales crónicos su cuidador o cuidadores principales son su propia familia, y es el único recurso sociocomunitario que se les presenta para el mantenimiento de estos enfermos. La familia de los enfermos crónicos han estado estigmatizadas durante varias décadas por diferentes teorías psicológicas y psiquiátricas, como el concepto de la madre esquizofrenógena (Fromm-Reichman, 1948), o el de un sistema familiar disfuncionante y cuyos problemas son el principal motivo de la esquizofrenia de uno de los miembros (Selvini et al 1982). Estas teorías se mantenían con una base científica muy escasa por lo que durante la práctica clínica se inculpaba a las familias de estos trastornos. Afortunadamente estas teorías han sido totalmente desbancadas y en la actualidad se consideran nuevas formas de alianza profesional-familiar-paciente. Se valora el núcleo familiar con capacidad de proporcionar cuidados y como tal, se intenta entrenarlos, formarlos y darles apoyo.^{(9) (12) (14) (18)}

Algunas actitudes útiles dirigidas desde los profesionales hacia los familiares son:

- Ser consciente de los límites farmacológicos y psicoterapéuticos y aumentarlos mediante la Psicoeducación. Emplear métodos flexibles en donde nos adaptemos a cada paciente-familia.
- Abordar el problema por el equipo multidisciplinar abordando todos los ámbitos. Sociales, económicos, convivencia, etc.

- Valorar a parte de los problemas disfuncionantes los puntos fuertes de esa familia. Consolidarlos y apoyarse en ellos.
- Escuchar a la familia y facilitar la expresión de sentimientos que aparezcan o existan. Aportar ideas prácticas y reales conociendo los límites de cada familia. Dar apoyo e información reduce la angustia y aumenta la capacidad de emplear recursos propios de la familia.
- Aumentar los conocimientos de la familia en lo que respecta a la enfermedad. Emplear grupos de autoayuda. Asesorar en recursos asistenciales que existan y puedan ser de utilidad.
- La medicación combinada con el apoyo, protección e información aportan un ambiente más propicio para la rehabilitación de paciente-familia. Dar tiempo para superar algunos problemas, como la pérdida de autoestima, desesperanza y falta de motivación.

4.5 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Según algunas investigaciones, el abandono terapéutico se produce en un porcentaje del 20% hasta un 60% de los pacientes (Sparr et al., 1993; Gerhand y Blakey, 1994; Bebbington, 1995; Owen et al., 1996; Keck et al., 1996; Ruscher et al., 1997; Gaebel, 1997; Altamura y Malhi, 2000; Pelkonen et al., 2000; Verdux et al., 2000; Luk et al., 2001; Wahlbeck et al., 2001; Bueno Heredia et al., 2001; Goldstein et al., 2001). ⁽¹⁸⁾, y según datos del Ministerio de Sanidad únicamente cumplen rigurosamente el tratamiento del 4 al 12% de los pacientes. ⁽¹⁹⁾

La adherencia que tenga el paciente hacia su tratamiento debe ser también asumida por el profesional de Enfermería, ya que se sabe que existen determinadas conductas profesionales, modalidades de atención o regímenes terapéuticos que tienen influencia positiva o negativa sobre ello.

La falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico está relacionada con diferentes factores, tales como: Conocimiento que se tiene acerca de la propia enfermedad, percepción del riesgo, motivación para cumplir el tratamiento, selección y adquisición de comportamientos de afrontación, aspectos relativos al trastorno

(severidad de los síntomas, duración) y las características propias del tratamiento (complejidad, duración y efectos secundarios).^{(19) (20) (21) (22)}

La adhesión al tratamiento constituye la meta más importante a alcanzar en el programa de psicoeducación. El objetivo principal es lograr un cumplimiento del tratamiento a través del conocimiento y comprensión de que la medicación es uno de los puntos fundamentales para evitar las recaídas con mayores bases científicas, ya que la mayor parte de las recaídas están ligadas al abandono o incumplimiento del tratamiento. Lo cual hace que sea uno de los puntos importantes a abordar dentro de la psicoeducación para evitar el fenómeno de “puerta giratoria”.

Dentro del apartado de adherencia al tratamiento del programa de psicoeducación los pacientes deberán alcanzar una serie de objetivos relacionado con la medicación, y la repercusión que esta tiene sobre su persona.

- Conocimiento sobre cada grupo de fármacos propios del tratamiento en las enfermedades mentales graves.

- Ansiolíticos
- Antidepresivos
- Estabilizadores del ánimo o eutimizantes
- Antipsicóticos
- Antiparkinsonianos

Se explicará de manera asequible para sus capacidades el mecanismo de acción, los efectos principales, efectos secundarios y la acción profiláctica que les proporciona. Enseñar a diferenciar los efectos beneficiosos de la medicación de los efectos secundarios, y a comunicarlos al profesional cuando estos aparezcan. Es importante escuchar al paciente para saber cómo se siente, qué problemas pueda tener o cuál es la creencia relacionado con su tratamiento. Para identificar los efectos secundarios de la medicación se podrá elaborar una lista con las principales consecuencias indeseadas, para que los pacientes aprendan a reconocerlos si les ocurre.^{(20) (21) (22)}

- Conocer la manera correcta de administración de la medicación, y evaluación de sus principales efectos. Adquirir hábitos para tomar la medicación, como pautar una hora fija, y manipulación correcta para la administración de la medicación.

- Reconocer y registrar los estados emocionales (tristeza, alegría, cólera, ansiedad). Aprender a verbalizar estas situaciones y a pedir ayuda a las personas que puedan hacerlo.

Aprender recursos o técnicas para combatir la apatía, nerviosismo, tristeza, etc, tales como relajación, anticipación de consecuencias positivas, cambio de ambiente, hobbies, etc. Aumentar el autocontrol para poder hacer frente a situaciones desagradables.

Las principales consecuencias del incumplimiento terapéutico en las Enfermos Mentales son: el aumento de recaídas con ingresos hospitalarios (lo cual incrementa el gasto sanitario), aumenta el riesgo de suicidio, disminuye la calidad de vida de los pacientes e influye sobre los familiares y principales cuidadores.

Los factores más frecuentes que ocasionan recaídas en los pacientes son los siguientes:

1. Mal apego al tratamiento: inasistencia a citas de seguimiento, no respetar las indicaciones médicas o no tomar los fármacos como están indicados. Son frecuentes los consejos al paciente por parte de personas allegadas, los cuales pueden influir en forma positiva o negativa, según el caso.

2. Consumo de sustancias: ilícitas o lícitas, que generen principalmente alteraciones neuroconductuales o que afecten a vías metabólicas, entre las que podemos mencionar, drogas de abuso, alcohol, tabaco, té y remedios caseros.

3. Factores estresantes dentro de su entorno familiar/social (emoción expresada).

(23)

5. CONCLUSIÓN

1. El papel de Enfermería en los programas Psicoeducativos es fundamental dentro del equipo multidisciplinar. La Enfermera es la que más contacto tiene con el paciente, por tanto es quién transmitirá los conocimientos, escuchará los problemas o preocupaciones que sufran los pacientes, y valorará si el aprendizaje y maduración es el adecuado.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en los Programas Psicoeducativos, estos deberían estar dentro de los Programas de Atención de Enfermería, de tal manera que si conseguimos que el paciente conozca mejor su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias del abandono del mismo, sin duda conseguiremos un mejor cumplimiento

2. Existen dos tipos de psicoeducación:

El primero está centrado únicamente en la información, el periodo de tiempo dedicado debe ser corto. En este modelo no se puede evaluar la efectividad y progresos del paciente.

El segundo está centrado en la conducta del paciente. Este por el contrario necesita un periodo de tiempo largo. Además de ofrecer la información al paciente, también se valora y evalúa la conducta del paciente. Ofrece mejores resultados.

3. La metodología de los programas de Psicoeducación ha de ser dinámica, y participativa. Se emplearán materiales didácticos y audiovisuales fáciles de manejar para que el aprendizaje sea más atractivo. Se marcarán unas normas, las cuales deben ser respetadas para continuar en el programa de Psicoeducación.

Será más eficiente que las sesiones se realicen en grupos, ya que así mejoraremos la sociabilización de los pacientes y entre ellos serán puntos de apoyo y referencia en su avance.

4. La mayor parte de los familiares o cuidadores de los pacientes participan y les gusta participar en las actividades de Psicoeducación. Esto reporta beneficios para los cuidadores ya que pueden compartir experiencias y afianzar métodos de

educación, y para los pacientes, porque se encuentran más respaldados en sus hogares.

5. La mayor parte de las recaídas, como parte del proceso de la enfermedad en los Enfermos Crónicos Mentales, están relacionadas con el abandono de las indicaciones farmacológicas, por lo que trabajar la alianza terapéutica es de gran ayuda en el tratamiento de estos pacientes dentro del programa de Psicoeducación. Si mejoramos la adherencia al tratamiento, reduciremos las recaídas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al, Marzo de 2013 [acceso 10 de febrero de 2014]. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012; 380(9859):2224-2260. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. Londres. Achlathan LLC; 1926.
3. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº 311, (29-12-1978)
4. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado nº 102 (29-04-1986)
5. Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Ley 8/2010 de 30 de Agosto. Boletín Oficial de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León nº 173 (07-09-2010). Boletín Oficial del Estado nº 235 (28-09-2010)
6. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental [sede web]: Herrero Villanueva JA, Pacheco Borrella G, Madrid: 2001 [acceso 1 de Marzo de 2014]. Perfil Profesional de la Enfermera de Salud Mental. <http://www.anesm.eu/previa/index.htm>
7. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental [sede web]: Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial: 1989 [acceso 15 de Marzo de 2014]. Enfermería Profesión. Declaración Barcelona sobre la rehabilitación y derechos humanos del enfermo mental. <http://www.anesm.eu/previa/profesion/igeneral/declbarcelo.htm>
8. Wikipedia [sede web]. San Francisco (California): 27 de julio de 2013 [acceso 10 de febrero de 2014]. Psicoeducación. <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoeducaci%C3%B3n>

9. Rubio M^a I, Delgado M^a A, Hernández A, Martín M, Martín V, Sánchez Calvo F J. Programa de educación para la salud (Psicoeducación) en una Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. En: Primeras Jornadas de Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de Castilla y León. Segovia: 2001.p. 181-196.
10. Gerencia Regional de Salud. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Centro de Rehabilitación Psicosocial. Guía Básica de Funcionamiento. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2002.
11. Gerencia Regional de Salud. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Guía Básica de Funcionamiento. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2002.
12. Gerencia Regional de Salud. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Hospital de Día Psiquiátrico. Guía Básica de Funcionamiento. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2002.
13. Fornés J. El pensamiento en enfermería en salud mental y psiquiatría. Sistemas de evaluación en Salud Mental. En: Primeras Jornadas de Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de Castilla y León. Segovia: 2001.p. 8-24.
14. Carballal Balsa M^a C. Psicoeducación en Salud Mental y Psiquiatría. En: Primeras Jornadas de Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de Castilla y León. Segovia: 2001.p. 25-102.
15. Rebollero Moller S, Lobato Rodríguez MJ. Psicoeducación de personas vulnerables a la Esquizofrenia. Fundación NOU CAMI, 1998.
16. Memoria Actividad: Red Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León (2013)
17. Aragonés Benaige E, López Cortacans G, Badia Rafecas W, Piñol Moreso JL, Hernández Anguera JM, Caballero Alías A. Abordaje Psicoeducativo en la depresión en Atención Primaria. El Modelo INDI

18. Bastida Pozuelo F, López Nicolás I, Rivera Rocamora C, López Oliva JJ, Bastida Pozuelo L. Una experiencia de Enfermería en “Grupos Psicoeducativos para padres y educadores”. EG. 2004; Vol 3 nº 1.
19. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de Enfermería. EG. 2005; 7 (ISSN 1695-6141).
20. Muñoz Marrón E. Factores Determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: El papel de la indefensión aprendida [tesis doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2004.
21. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004. ISBN 9275325499.
22. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J. Adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia: Consenso de Enfermería en Salud Mental. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38 (Suple 1): 1-45.
23. López Amaro VO. Efectividad de la Psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor [tesis doctoral]. México, D. F.; 2011.

7. TABLAS

DISPOSITIVOS DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN

| ÁREA DE SALUD | Equipos Salud Mental | ESM Infanto Juvenil | Unidades de Hospitalización | | Hospitales de Día | | Unidades de Rehabilitación | | Centros de Rehabilitación Psicosocial | | Unidades Residenciales de Rehabilitación | | Unidades de Convalecencia | | Unidades de Referencia Regional | |
|------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|------------|--|-----------|---------------------------|-----------|---------------------------------|-------------------|
| | | | Nº | Camas | Nº | Plazas | Nº | Camas | Nº | Plazas | Nº | Camas | Nº | Camas | Unidad | Camas |
| ÁVILA | 3 | 1 | 1 | 12 | Prog. | 8 | 1 | 20 | 1 | 20 | | | | *(6) | | |
| BURGOS | 5 | 1 | 1 | 39 ⁽³⁾ | 1 | 25 | 1 | 36 | 1 | 24 | 1 | 44 | 1 | 8 | U.R.T.A. ⁽²⁾ | |
| LEÓN | 5 | 1 | 1 | 27 ⁽³⁾ | 1 | 15 ⁽⁴⁾ | 1 | 33 | 1 | 20 | 1 | 50 | 1 | 14 | Pat. Dual EM.-R.M | 20 |
| EL BIERZO | 2 | 1 | 1 | 15 | Prog. | 10 | | | 1 | 20 | | | | | | |
| PALENCIA | 3 | 1 | 1 | 18 | 1 | 20 | 1 | 18 | 1 | 20 | | | 1 | 8 | C. Rehab.*** C. Continuat. | 30 ⁽⁷⁾ |
| SALAMANCA | 5 | 1 | 1 | 27 | 2 ⁽¹⁾ | 27 | 1 | 26 | 1 | 40 | | | 1 | 16 | Desintox Pat. Dual | 50 |
| SEGOVIA | 3 | 1 | 1 | 19 | | | | | 1 | 20 | | | | | | 6 |
| SORIA | 1 | 1 | 1 | 16 | Prog. | 8 | 1 | 16 | 1 | 20 | | | 1 | 8 | | 8 ⁽⁸⁾ |
| VALLADOLID-ESTE | 3 | 1 | 1 | 26 | 2 ⁽¹⁾ | 30 | 1 | 26 ⁽⁸⁾ | 1 | 20 | | | 1 | 16 | Hosp. Inf.Juv. | 8 |
| VALLADOLID-OESTE | 3 | 1 | 1 | 22 | | | | | 1 | 30 | | | | | | |
| ZAMORA | 3 | 1 | 1 | 26 | Prog. | 8 | 1 | 16 | 1 | 20 | | | 1 | 16 | | |
| TOTAL COMUNIDAD | 36 | 11 | 11 | 247 | 7 Hosp. 4 Prog. | 151 | 8 | 191 | 11 | 254 | 2 | 94 | 7 | 86 | 7 | 122 |

La U. de Rehabilit. y la de Convalecencia de León atienden a la población de las Áreas de León y el Bierzo; la U. de Rehabilit. de Valladolid Oeste, los H. de Día y la U. de Convalecencia de Valladolid Este atienden a la población de Valladolid Este y Oeste.

(1) En Salamanca uno de los Hospitales de Día es específico para Trastornos de la Conducta Alimentaria (12 plazas) y en Valladolid uno es Infanto Juvenil (10 plazas). (2) U.R.T.A. (Unidad Regional de Trastornos de la Conducta Alimentaria); 8 camas ubicadas dentro de la Unidad de Hospitalización de Burgos. (3) En las U. de Hospitalización de León se han aumentado en 6 el nº de camas y en Burgos se ha disminuido en 1 el nº de camas. (4) En León se ha incrementado 5 plazas el Hospital de Día. (5) La U. de Rehabilitación de Valladolid Oeste ha reducido el nº de camas a 26. (6) La U. de Convalecencia y la de Referencia Regional de Desintoxicación de Ávila han sido cerradas en Junio de 2012. (7) Conciertos de Rehabilitación (30 plazas) y Cuidados Continuados (50 plazas) con el Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia. (8) La U. de Ref. Regional de Patología Dual (Enf. Mental - Drogodependencias) de Salamanca ha reducido en 2 el nº de camas.

Tabla 1: Dispositivos de la Red de Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2013) ⁽¹⁶⁾

Problemas derivados del paciente:

- El no aceptar o reconocer su estado de enfermedad
- El grado de escolaridad
- Las creencias, actitudes y comportamientos sobre el trastorno y su tratamiento

Problemas derivados del entorno:

- Las redes de apoyo: familiar, grupal, social y asistencial
- Las actitudes y creencias sociales sobre la enfermedad mental y los psicofármacos

Problemas derivados de los trastornos mentales:

- La desmotivación del paciente
- Los problemas cognitivos subyacentes al trastorno mental
- Las características clínicas del trastorno
- La experiencia del paciente con sus episodios de enfermedad mental
- Las ideas de auto-reproche, remordimiento y culpa
- Las posibles ideas de suicidio

Problemas derivados de los profesionales:

- Desinterés o poca formación en Psicoeducación
- No realizar orientación o psicoeducación al paciente y allegados
- No realizar abordaje psicoterapéutico cuando es necesario e indicada
- Elección inadecuada de medicamentos para el cuadro clínico del paciente
- No aplicar los criterios de dosis/respuesta, períodos de latencia, dosis/reacción adversa, dosis/letalidad, tolerancia

Problemas derivados de los fármacos:

- Efectos adversos de moderados a severos
- Ineficacia del tratamiento

Tabla 2: Dificultades que deben tenerse en cuenta al planificar la Psicoeducación ⁽¹⁷⁾